

Corps flottants du vitré : conduite à tenir

RÉSUMÉ : La perception de corps flottants est un motif de consultation très fréquent en ophtalmologie. L'étiologie la plus fréquente après 50 ans est le décollement postérieur du vitré.

La disparition des symptômes en quelques semaines à quelques mois est la règle, cependant, dans de rares cas, les opacités peuvent persister et devenir obsédantes pour le patient. Le retentissement psychologique est parfois tel que les patients multiplient les consultations, doutant de la bénignité de l'affection et ne pouvant accepter l'absence de possibilité thérapeutique.

Il est utile d'évoquer avec le patient les différents traitements possibles, avec au premier plan la vitrectomie. Les complications potentielles de la vitrectomie (cataracte, décollement de rétine, endophtalmie) en font, dans la plupart des cas, reculer l'indication.

Les quelques études publiées montrent que la vitrectomie entraîne un taux de satisfaction très élevé chez plus de 90 % des patients opérés. L'écoute et la rassurance du patient restent essentielles dans la prise en charge.



→ I. HUBERT
Service d'Ophtalmologie,
CHRN, NANCY.

La perception de corps flottants ou myodésopsies est un motif de consultation extrêmement fréquent en ophtalmologie. Si, dans la plupart des cas, elle est due à des modifications bénignes du vitré, il convient tout de même de s'assurer de l'absence de pathologies sous-jacentes. Il ne faut pas sous-estimer le retentissement psychologique parfois important de la symptomatologie, comme en témoigne l'existence de nombreux forums de patients sur Internet à la recherche d'explications et de solutions thérapeutiques [1].

Examen clinique

Il doit être réalisé dans un délai de quelques jours par l'ophtalmologiste. L'interrogatoire précise le mode de survenue, brutal ou progressif, des symptômes. Il précise également l'existence

de pathologies générales comme le diabète, l'existence d'un éventuel traumatisme ou des antécédents chirurgicaux, notamment de cataracte.

Il n'y a généralement pas de baisse d'acuité visuelle, mais une gêne dans les activités quotidiennes, que ce soit la lecture, la conduite automobile ou le travail sur écran. C'est pour cela que la plupart des études sur le sujet utilisent un questionnaire de qualité de vie comme le NEI-VFQ39 (*National eye institute-Visual function questionnaire 39*) [2] pour évaluer la gêne des patients.

Les corps flottants sont décrits de façon variable par le patient : sensations de "points noirs", de "mouches volantes", de "filaments", de "toile d'araignée" toujours plus visibles sur un fond clair et mobiles avec les mouvements de l'œil. Un aspect plus fin, "en pluie de suie",

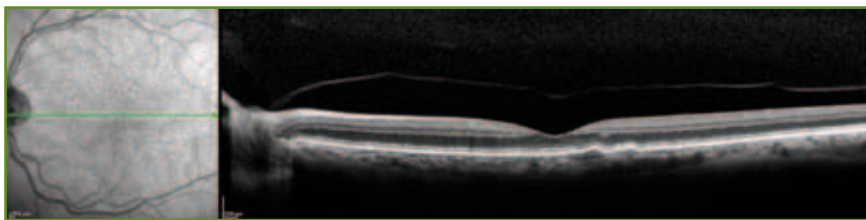


FIG. 1: Aspect de DPV prémaculaire visible sur l'OCT (persistance d'une attache papillaire).

fera plutôt évoquer une hémorragie intravitréenne.

La mesure de la réfraction retrouve une importante proportion de myopes. L'examen du segment antérieur est généralement normal. Le fond d'œil doit impérativement être réalisé sous dilatation maximale afin de vérifier la périphérie rétinienne. Les lentilles grand champ non contact rendent l'utilisation du verre à trois miroirs facultative. L'examen doit être statique et dynamique.

Dans la plupart des cas, l'examen clinique est suffisant, mais il peut être complété par la réalisation d'une échographie qui visualisera une hyaloïde postérieure détachée ou d'importantes condensations du vitré. De même, la tomographie en cohérence optique peut être utile en montrant un décollement prémaculaire du vitré, avec persistance de l'attache papillaire (fig. 1)

Etiologies

1. Pathologies dégénératives du vitré [3]

Elles sont essentiellement représentées par le décollement postérieur du vitré (DPV) et l'apparition de dépôts au sein du gel vitréen [4]. Chez le patient jeune, des condensations de la trame collagène peuvent apparaître et être particulièrement gênantes si elles se situent dans l'axe visuel.

● Décollement postérieur du vitré

Il se définit comme l'existence d'un espace optiquement vide entre la face

postérieure du vitré (hyaloïde postérieure) et la rétine. Il survient généralement aux alentours de 60 ans, mais il peut être plus précoce chez les myopes et les patients opérés de cataracte. Il est dû à une liquéfaction progressive du vitré et apparaît de manière fortuite et souvent brutale. Il n'est pas toujours perçu par le patient, mais il peut l'être de façon intense. C'est généralement le tissu glial prépapillaire ou anneau de Weiss qui est perçu, traduisant un décollement total du vitré. Plus la hyaloïde postérieure est proche de la rétine, mieux elle est perçue par le patient.

Les études en OCT sur le trou maculaire ont bien montré la chronologie du DPV [5]. Il démarre dans la région périfovéolaire, le détachement papillaire ne se produisant que secondairement. Après le décollement papillaire de la hyaloïde postérieure, le DPV progresse en quelques semaines jusqu'à la base du vitré. Les myodésopsies ressenties par le patient s'atténuent ou disparaissent par trois mécanismes : l'éloignement de la hyaloïde postérieure de la région maculaire, la sédimentation vers le bas des condensations du vitré et un phénomène d'habituation. Au cours du DPV, le patient peut visualiser des corps flottants mais aussi des photopsies, petits éclairs fugaces et bleutés, traduisant l'existence de traction du vitré sur la rétine.

D'après Novak [6], le DPV est non compliqué dans 69 % des cas. Il peut cependant entraîner des complications, c'est d'ailleurs ce qui justifie la réalisation du fond d'œil initial, voire d'un fond d'œil de contrôle quelques semaines après le

début des symptômes si ceux-ci se sont modifiés.

La déchirure rétinienne est la principale complication du DPV. Il s'agit généralement de déchirure à clapet due à une adhérence anormale du vitré sur une rétine saine ou sur une zone présentant des signes de fragilité (givre, palissade). Les phosphènes, éclairs blancs violents et persistants, ne sont pas toujours décrits par le patient. A ce stade, c'est le risque de décollement de rétine qui nécessite une prise en charge urgente du patient.

Une hémorragie du vitré plus ou moins abondante peut être présente initialement. Elle est due soit à une rupture vasculaire associée à une déchirure (vaisseau en pont, sur la zone déchirée), soit à une avulsion vasculaire sans déchirure. Parfois, l'abondance de l'hémorragie est telle qu'elle ne permet pas l'examen de la rétine. Il faut alors rechercher tous les signes cliniques (hypotonie, amputation du champ visuel en forte lumière) pour éliminer un décollement de rétine. L'échographie a un intérêt majeur en cas de non visualisation de la rétine. Si la périphérie rétinienne n'est pas visible dans sa totalité, il faut répéter l'examen du fond d'œil toutes les semaines à la recherche d'une éventuelle déchirure. Des hémorragies péripapillaires peuvent être constatées, elles doivent être distinguées des hémorragies liées au glaucome.

Enfin, certaines pathologies maculaires sont considérées comme des complications du DPV, mais elles ne surviennent généralement pas de façon aiguë. C'est le cas du trou maculaire dont la physiopathogénie, et plus particulièrement le rôle du vitré, a bien été mise en évidence par l'OCT. Plus récemment, la persistance d'adhérence vitréomaculaire, empêchant le décollement maculaire du vitré au cours du DPV, a été envisagée comme pouvant avoir un rôle dans d'autres pathologies maculaires comme le développement de néovaisseaux.

● *Hyalopathie astéroïde*

C'est une pathologie rare. Sa prévalence est estimée entre 0,15 et 0,9 % dans la population [7]. Elle se rencontre surtout après 60 ans, elle est généralement unilatérale. La prévalence est plus élevée chez les patients diabétiques.

L'examen biomicroscopique du vitré retrouve des opacités blanchâtres, brillantes, très mobiles avec les mouvements de l'œil. Leur nombre peut être très important, gênant considérablement l'accès à la rétine. Paradoxalement, le retentissement fonctionnel est souvent modéré avec préservation d'une bonne acuité visuelle et présence de myodésopsies peu gênante. Le vitré est généralement non décollé.

La hyalopathie astéroïde peut être associée à des pathologies maculaires, et en particulier à des membranes épimaculaires, expliquant une éventuelle baisse d'acuité visuelle. Parfois, la densité des opacités est telle que l'examen de la rétine n'est plus possible, ce qui peut être problématique chez les patients diabétiques. L'angiofluorographie peut permettre un meilleur examen de la rétine chez ces patients. L'échographie en mode B montre une multitude d'éléments hyperréfectifs, très mobiles dans le gel vitréen.

L'analyse histochemique montre qu'il s'agit de dépôts phosphocalciques au niveau de la trame collagène du vitré. L'étiopathogénie est inconnue, mais l'unilatéralité et la survenue chez le diabétique font évoquer le possible rôle de facteurs vasculaires locaux.

● *Synchisis étincelant*

C'est une pathologie beaucoup plus rare que la hyalopathie astéroïde. Il y a cependant souvent confusion entre ces deux termes. Le synchisis étincelant ou scintillant survient sur des yeux pathologiques au long passé ophtalmologique.

L'examen biomicroscopique montre de nombreuses particules d'allure cristalline, brillantes et polychromes. Elles sont mobiles dans la cavité vitréenne, indépendamment des mouvements du globe, au milieu d'un vitré totalement dégénéré et pathologique. L'analyse histochemique montre qu'il s'agit de cristaux de cholestérol. La surcharge en cholestérol est de cause locale liée à la destruction cellulaire sur des yeux pathologiques. Les symptômes liés au synchisis sont généralement modérés.

2. Pathologies générales

L'amylose vitréenne est une affection encore plus rare qui peut être strictement localisée ou générale. Parfois, l'atteinte vitréenne permet de poser le diagnostic d'une atteinte générale. Quelle que soit la localisation de la maladie, il s'agit d'un dépôt extracellulaire d'une substance protéique anormale.

L'examen biomicroscopique objective la présence d'opacités du vitré antérieur donnant un aspect feuilleté en "laine de verre". L'analyse histochemique retrouve le caractère protéique des dépôts. Les opacités vitréennes peuvent entraîner des myodésopsies, voire une baisse d'acuité visuelle.

Des anomalies vitréennes sont fréquemment retrouvées en cas de maladie de Marfan, d'Ehlers-Danlos ou de Stickler.

3. Hémorragie du vitré

En cas d'hémorragie du vitré (HDV), la symptomatologie est perçue légèrement différemment par le patient. Les opacités sont plus fines, volontiers décrites comme "une pluie de suie". Les symptômes peuvent s'estomper au cours de la journée par sédimentation gravitationnelle.

La première étiologie à évoquer chez un patient de plus de 50 ans est le DPV hémorragique, avec ou sans déchirure. En dehors du DPV, les étiologies sont la

rétinopathie diabétique, avec au premier plan un diabète méconnu et diagnostiqué au stade de rétinopathie diabétique proliférante. Toutes les pathologies vasculaires peuvent se manifester par une hémorragie du vitré, notamment l'oblitération veineuse ou le macroanévrisme.

Les DMLA exsudatives peuvent aussi se manifester par une HDV, elles sont toutefois rares à l'âge de 50 ans alors que la baisse d'acuité visuelle et les métamorphopsies dominent le tableau clinique. Enfin, les tumeurs vasculaires (hémangiomes) ou les mélanomes choroïdiens peuvent avoir comme premier symptôme une hémorragie du vitré. On pourra également citer les traumatismes oculaires, avec présence d'un corps étranger intraoculaire dont la pénétration serait passée inaperçue ou une rétinopathie de Valsalva.

4. Inflammation du vitré

Toutes les uvéites postérieures peuvent se manifester au stade initial par la perception de corps flottants. En l'absence de foyer chorioretinien ou de pars planite visible au fond d'œil, il faudra évoquer la possibilité d'un lymphome intraoculaire, surtout si la symptomatologie est bilatérale.

Retentissement psychologique

Dans la grande majorité des cas, l'origine des corps flottants est bénigne et liée à une dégénérescence non compliquée du vitré. L'examen clinique permet d'éliminer les éventuelles étiologies "graves" et de rassurer le patient. Dans la plupart des cas, les symptômes disparaissent ou s'atténuent avec le temps par progression du DPV ou par adaptation cérébrale.

Cependant, dans de rares cas, les symptômes persistent et deviennent obsédants [8]. Ils entraînent alors de multiples consultations auprès de différents ophtalmologistes. Dans ces cas, la perception des corps flottants a un

retentissement réel sur la vie du patient, pouvant gêner ses activités quotidiennes et professionnelles. Étonnamment, l'intensité de la gêne n'est pas corrélée aux nombres ou à la densité des corps flottants visualisés par l'ophtalmologiste. La symptomatologie peut devenir de plus en plus préoccupante et il apparaît indispensable de pouvoir proposer un traitement au patient (même si celui-ci n'est pas réalisé). La présentation de thérapies existantes permet au patient de ressentir la réelle prise en compte de son atteinte et est très utile pour le rassurer, l'aider à accepter sa gêne en évitant les consultations multiples.

Traitements

1. Examen et explications

L'examen initial représente à lui seul un élément important du traitement. L'absence de pathologie sous-jacente permet de rassurer le patient souvent inquiet par ses symptômes, surtout si ils sont d'apparition brutale. En cas de décollement postérieur du vitré, il faut expliquer les signes de complication du DPV comme l'apparition de phosphènes ou d'amputation du champ visuel faisant évoquer un décollement de rétine et nécessitant une consultation en urgence. En cas de DPV non compliqué, une consultation de contrôle quelques semaines ou quelques mois après la consultation initiale peut être proposée, sans qu'elle soit indispensable.

C'est le terrain psychologique et l'inquiétude du patient qui feront envisager une consultation de contrôle. Dans la grande majorité des cas de DPV, la consultation initiale a lieu alors que le DPV est complet. Si aucune déchirure n'est mise en évidence immédiatement, il y a peu de risque qu'elle se développe ultérieurement [9]. L'attitude sera différente en cas d'hémorragie du vitré. La réalisation du fond d'œil devra être répétée tant que la totalité de la périphérie rétinienne ne sera

pas accessible, le risque de présence d'une déchirure étant supérieure à 30 % [10].

2. Compléments alimentaires

C'est aussi par une voie plus "psychologique" que réellement thérapeutique que se proposent d'intervenir des thérapeutiques telles que Corvitec ou Vitreoclar. D'après la notice fournie par un des laboratoires : *"Le cartilage de poisson Cartidea préserve et renouvelle la matrice, augmente la synthèse de collagène et de GAG et conserve ainsi le motif harmonieux et la forme sphérique du vitré. En outre, l'ajout d'un veinoprotecteur permettrait de diminuer les microhémorragies du vitré. Un ensemble de vitamines, minéraux et acides gras essentiels permettrait de pérenniser ces effets et de favoriser l'habitué."* A ce jour, aucune étude scientifique n'a confirmé ces hypothèses et l'efficacité de ces thérapeutiques ne peut difficilement être envisagée autrement que par "l'effet placebo" qu'elles induisent.

3. Laser YAG [11]

Il s'adresse à des corps flottants de grande taille en proposant leur fragmentation. Les opacités ne doivent pas être trop proches du cristallin ou de la rétine pour éviter les traumatismes. La technique consiste en un éclatement des corps flottants qui peut aboutir à la perception de corps flottants certes plus petits, mais tout aussi gênants.

4. Vitrectomie

Seule la vitrectomie propose une solution radicale et définitive. Peu de publications rapportent les résultats de la vitrectomie dans l'indication exclusive d'une chirurgie de corps flottants. En 2000, Schiff *et al.* [12] rapportent les résultats de la vitrectomie chez 6 patients. Tous ces patients étaient pseudophaques ou aphaques pour supprimer le biais de la formation d'une cataracte post-vitrectomie dans l'in-

terprétation des résultats fonctionnels. La gêne visuelle était améliorée, voire supprimée, chez la totalité des patients. Aucune complication n'a été déplorée dans cette série.

Des résultats similaires sont retrouvés sur une série de 4 patients présentée en 2004 par Quintyn et Brasseur [13]. Dans l'étude plus récente de Schulz-Key *et al.* [14], 73 yeux ont été opérés pour corps flottants persistants. Quatre patients ont bénéficié d'une chirurgie combinée cataracte-vitrectomie, 60 % des patients phaqes ont été opérés de cataracte durant le suivi. Le taux de décollements de rétine postopératoires était de 6,8 %. Au final, 88 % des patients étaient satisfaits de l'intervention. Le développement d'une cataracte et le décollement de rétine sont ainsi rapportés comme les principales complications de l'intervention. Dans une série opérée au CHU de Nancy, présentée à la Société française d'ophtalmologie en 2008, concernant 33 patients opérés par vitrectomie dans l'indication "corps flottants du vitré persistants", le taux de satisfaction des patients était de 98 % et le taux de décollement de rétine était de 12 %.

La vitrectomie peut donc être proposée aux patients. Il convient d'en expliquer clairement les risques, quasi certains, du développement d'une cataracte, non négligeables de décollement de rétine et potentiellement d'endophtalmie. Dans tous les cas, l'indication ne doit être retenue qu'à l'issue d'au moins deux consultations à trois mois d'intervalle pour s'assurer que le patient a bien mesuré les risques de l'intervention.

Conclusion

La perception de corps flottants est un symptôme banal en ophtalmologie qui est souvent source d'une importante inquiétude pour le patient. La majorité des patients peuvent être rassurés après un examen ophtalmologique complet

précisant la bénignité de l'affection. Généralement, les symptômes s'amendent avec le temps, mais une minorité de patients peuvent se sentir durablement gênés et il paraît indispensable de pouvoir leur présenter les thérapeutiques existantes même si l'indication n'en est retenue qu'au cas par cas, après s'être assuré de la persistance des symptômes et de la bonne compréhension par le patient des risques des différents traitements.

Bibliographie

1. BARBOSA AL, MARTINS EN. Evaluation of Internet websites about floaters and light flashes in patient education. *Arq Bras Oftalmol*, 2007; 70: 839-843.
2. MANGIONE CM, LEE PP, GUTIERREZ PR *et al*. Development of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *Arch Ophthalmol*, 2001; 119: 1 050-1 058.
3. BRASSEUR G, SA K. Pathologie dégénérative du vitré. In: SAS E, editor. EMC. Paris; 2006.
4. MURAKAMI K, JALKH AE, AVILA MP *et al*. Vitreous floaters. *Ophthalmology*, 1983; 90: 1 271-1 276.
5. GAUDRIC A, HAOUCHINE B, MASSIN P *et al*. Macular hole formation: new data provided by optical coherence tomography. *Arch Ophthalmol*, 1999; 117: 744-751.
6. NOVAK MA, WELCH RB. Complications of acute symptomatic posterior vitreous detachment. *Am J Ophthalmol*, 1984; 97: 308-314.
7. FEIST RM, MORRIS RE, WITHERSPOON CD *et al*. Vitrectomy in asteroid hyalosis. *Retina*, 1990; 10: 173-177.
8. MITTAL VA, CANNON TD, WILLHITE R. Floaters: a potential confound in the assessment of perceptual abnormalities. *Schizophren Res*, 2008; 104: 305-306.
9. VAN OVERDAM KA, BETTINK-REMEIJER MW, KLAVER CC *et al*. Symptoms and findings predictive for the development of new retinal breaks. *Arch Ophthalmol*, 2005; 123: 479-484.
10. BOLDREY EE. Risk of retinal tears in patients with vitreous floaters. *Am J Ophthalmol*, 1983; 96: 783-787.
11. DELANEY YM, OYINLOYE A, BENJAMIN L. Nd:YAG vitreolysis and pars plana vitrectomy: surgical treatment for vitreous floaters. *Eye (Lond)*, 2002; 16: 21-26.
12. SCHIFF WM, CHANG S, MANDAVA N *et al*. Pars plana vitrectomy for persistent, visually significant vitreous opacities. *Retina*, 2000; 20: 591-596.
13. QUINTYN JC, BRASSEUR G. Vitrectomy for floaters. *J Fr Ophthalmol*, 2004; 27: 491-495.
14. SCHULZ-KEY S, CARLSSON JO, CRAFOORD S. Longterm follow-up of pars plana vitrectomy for vitreous floaters: complications, outcomes and patient satisfaction. *Acta Ophthalmol*, 2011; 89: 159-165.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

POINTS FORTS

- ➔ Nécessité d'un examen ophtalmologique complet.
- ➔ Rassurer le patient en insistant sur la banalité de la symptomatologie.
- ➔ Evoquer les possibilités thérapeutiques en cas de persistance des symptômes.

PRESERVISION 3